



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome / Cognome Riccardo Bandini  
Indirizzo  
Telefono  
Fax  
E-mail  
Data di nascita

*Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e leggi speciali vigenti in materia e previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nell'ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sopra citato,*

**dichiara**

*sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli:*

### Esperienza professionale Rese a favore di P.A.

Nome e indirizzo del datore di lavoro	Asl Romagna
Tipo di attività o settore	Continuità assistenziale turistica
Date	Dal 24-06-2020 al 31-08-2020
Lavoro o posizione ricoperti	Medico di continuità assistenziale
Principali attività e responsabilità	Ambulatorio di primo intervento
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Asl Modena
Tipo di attività o settore	CFSMG
Date	Dal 30-09-2020 ad oggi
Lavoro o posizione ricoperti	Tirocinante
Principali attività e responsabilità	Tirocinio
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Asl Romagna
Tipo di attività o settore	Medicina interna
Date	dal 23-12-2020 ad oggi
Lavoro o posizione ricoperti	Medicina interna-Area covid Faenza
Principali attività e responsabilità	Medico di guardia

## **Esperienza professionale Rese a favore di Datori di Lavoro Privati**

Date

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

## **Istruzione e formazione**

Date

**2008-2013**

Titolo della qualifica rilasciata

Diploma di Maturità, con votazione finale di 95/100

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

Preparazione scientifica

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

Liceo Scientifico Evangelista Torricelli di Faenza

Date

**2013-2019**

Titolo della qualifica rilasciata

Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, con votazione finale 110/110 con Lode

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

Competenze mediche

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

Alma Mater Studiorum-Università di Bologna

Date

**2019**

Titolo della qualifica rilasciata

Abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

Competenze mediche

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

Alma Mater Studiorum-Università di Bologna

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

**Corsi di aggiornamento**

Data

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

**Capacità e competenze personali**

Madrelingua

**Italiano**

Altra(e) lingua(e)

**Inglese**

Autovalutazione

*Livello europeo (\*)***Lingua Inglese****Lingua .....**

Comprensione				Parlato				Scritto	
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale			
	Discreta		Buona		Sufficiente		Sufficiente		Buono

**Allegati**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

**Firma**